Am

MY

(

Membre d

A mon excellent cousin, M. le docteur Henri Prévost
Hommage affectueux
Ch. A. Prévost

S 616.32
P929m

MYCOSIS

DU

PHARYNX

par

Charles-Auguste PRÉVOST

Docteur en Médecine de la Faculté de Paris
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
(LAENNEC, HÔTEL-DIEU, MATERNITÉ BEAUJON ET BEAUDELOCQUE)
Membre du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec (Canada)
Membre correspondant de la Société anatomique de Paris.

PARIS
PAUL DELMAR
29 — rue des Boulangers — 29

1897

A LA MÉMOIRE

de

MES GRANDS-PARENTS

et de

MON PÈRE

Regrets éternels

A MA GRAND'MÈRE MATERNELLE

A MA MÈRE

Témoignage d'amour filial

A MA FEMME CHÉRIE

60529

A MES SŒURS

A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur LABOULBÈNE

Professeur de la Faculté de Médecine
Médecin honoraire des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur.

do
Cl
du
à l

em
loi
« M

ce
tio
«
«
«
«
«
«

or
ta
au

AVANT-PROPOS

Nous devons le sujet de cette thèse à M. le docteur A. Castex, ancien Prosecteur et Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris, chargé du Cours de Laryngologie, Rhinologie et Otologie à la même Faculté.

L'étude du « mycosis du pharynx », à l'état embryonnaire encore hier, semble aujourd'hui vouloir prendre place dans le cadre nosologique des « Maladies de la gorge ».

La plupart des auteurs qui se sont occupés de cette maladie spécialement, lui donnent une description à peu près identique : « Maladie essentiellement « chronique, à pronostic bénin, en général facile- « ment reconnue, caractérisée par la présence de « petits points blancs dans les diverses régions de « la gorge, lesquels sont très adhérents, et réci- « divent facilement. Les symptômes subjectifs étant « souvent absents ».

Notre prétention n'est pas de faire un travail original, mais de contribuer à faire connaître davantage cette affection, très rare autrefois, moins rare aujourd'hui, mais encore peu connue.

Nous avons, dans ce but, recueilli et résumé un certain nombre d'observations, pouvant nous éclairer sur la nature et la description de la mycose pharyngée.

Nous avons aussi l'avantage de publier deux observations inédites qu'a bien voulu nous communiquer notre maître M. A. Castex.

Mais avant d'entamer notre sujet, qu'il nous soit permis de faire un retour sur les années écoulées et d'offrir l'hommage de notre respectueuse gratitude à ceux qui nous ont patiemment enseigné les choses de la médecine et les devoirs du médecin.

A l'Université Victoria de Montréal, nous avons eu, avec MM. Edouard Desjardins, Mignault, J. Lespérance, Hingston, Beausoleil, Brunelle, Durocher, des maîtres attentifs aux progrès de leurs élèves. Nous ne saurions trop les en remercier et les assurer de notre profonde reconnaissance. En 1888, M. le docteur A. Brodeur, chevalier de la légion d'honneur et ancien interne des hôpitaux de Paris, nous engageait à venir terminer nos études médicales, à Paris, où lui-même avait su se créer une place de savant. Nous avons suivi son conseil, et si aujourd'hui, nous avons l'honneur et l'avantage d'appartenir à l'Ecole de Paris, nous le devons à M. A. Brodeur. Nous lui en sommes vivement reconnaissant.

Arrivé à Paris, nous avons été l'élève bénévole

de notre regretté maître le professeur Trélat, puis de M. Walther, professeur agrégé, alors chef de clinique chirurgicale. Nous ne saurions trop reconnaître l'intérêt constant que M. le professeur Walther nous a toujours porté et les témoignages de bienveillance inépuisable qu'il nous a constamment donnés. M. le docteur Arrou, chirurgien des Hôpitaux, fut alors notre interne. Il fit toujours preuve à notre égard, d'une bienveillance dont nous lui sommes reconnaissant.

Nous avons été l'externe de notre regretté maître le professeur Ball, à l'hôpital Laënnec. L'année suivante M. le docteur E. Lancereaux, professeur agrégé, voulait bien nous accepter dans son service de l'Hôtel-Dieu à titre d'externe. Nous avions déjà eu l'avantage d'être son stagiaire à l'hôpital de la Pitié. Nous ne savons comment lui exprimer les sentiments de profonde reconnaissance que nous éprouvons à son égard. Et s'il fut parfois sévère avec ses élèves, nous reconnaissons que ce fut toujours dans l'intérêt de ceux-ci. Et chaque fois que nous avons eu besoin de son appui précieux, il ne s'est pas épargné pour nous être agréable. Nous conserverons toujours de lui un souvenir de respectueuse et profonde affection.

M. le professeur Tarnier et M. Ribemont-Dessaignes, professeur agrégé, dont nous avons été l'externe, nous ont initié dans l'art des accouchements. Nous adressons à ces deux maîtres, nos sin-

cères remerciements, pour l'enseignement qu'ils nous ont donné.

A côté de nos maîtres, nous tenons à faire une place spéciale au docteur G. Durante, chef de laboratoire à la Charité, qui fut notre interne à Laënnec en 1891 et depuis nous a toujours donné des preuves d'une amitié précieuse. C'est lui qui a bien voulu mettre son laboratoire et son savoir à notre disposition, afin de faire l'examen microscopique des pièces mycosiques qui font le sujet de notre thèse. Nous sommes heureux de pouvoir l'en remercier ici. Nous remercions MM. Thiroloix, médaille d'or des hôpitaux de Paris, Du Pasquier, Leblanc, qui furent aussi nos internes, nous prodiguant leur savoir et leurs bons conseils.

Durant le cours de nos études médicales, nous nous sommes attaché spécialement à l'étude des maladies des yeux et nous avons toujours trouvé en MM. de Wecker, Landolt et Masselon, des maîtres bienveillants que nous ne saurions trop remercier ici.

Nous avons aussi fait des études spéciales des Maladies du Larynx, du Nez et des Oreilles, dans le service de notre maître M. A. Castex. Nous avons contracté une dette particulière de reconnaissance envers ce chef, dont la profonde érudition et la vive intelligence cliniques, alliées à une amabilité constante et une inépuisable bonté, ont laissé en nous des sentiments de respectueuse gratitude ; aussi

est-ce avec une certaine fierté que nous nous intitulons son élève.

Mais, en terminant, qu'il nous soit permis d'adresser des remerciements chaleureux à notre sympathique commissaire canadien, l'honorable M. Hector Fabre, officier de la Légion d'honneur, pour les services sans nombre qu'il nous a rendus durant notre séjour à Paris.

Mon frère, le docteur F. de S. Prévost, nous a donné des conseils qui nous ont facilité, de beaucoup, l'étude spéciale des maladies des yeux et du larynx. Son dévouement, pour nous, a toujours été inaltérable. Nous l'en remercions de tout cœur ; et qu'il soit assuré que nous aurons pour lui une reconnaissance de tous les jours.

M. le professeur Laboulbène, en acceptant la présidence de notre thèse, nous fait un honneur dont nous lui sommes vivement reconnaissant.

p
a
d
c
t

n

c
d
i
l
l

o

s
p
c
v
p

HISTORIQUE

Pour la première fois, en 1873, B. Fraenkel publiait dans la *Gazette médicale de Berlin*, un article, sur la " Mycose bénigne du pharynx " et, de suite, l'examen microscopique lui faisait attribuer cette affection à la présence du " leptothrix buccalis " trouvé dans les points mycosiques.

Personne, avant lui, n'a décrit ou signalé cette maladie.

En 1876, Baginski et Klebs en communiquent chacun un nouveau cas. Pour Klebs c'est bien aussi de filaments de " leptothrix buccalis " qu'il s'agit ; il retrouve la distribution en faisceaux des filaments, laquelle est d'après C. Robin, caractéristique de ce letptothrix.

En 1880, B. Fraenkel publie sa deuxième observation.

En 1882, E. Fraenkel, de Hambourg, publie à son tour un cas de " mycose tonsillaire ". Le professeur Sadebeck en fait l'étude histologique. Il constate dans ses préparations, les filaments déjà vus par B. Fraenkel, Baginski et Klebs, mais il pense que ce sont des productions d'un nouvel

organisme, qu'il nomme à cause de sa forme " bacillus fasciculatus ".

Sadebeck considère comme spores, les nombreux grains qui se trouvent entre les filaments, tandis que E. Fraenkel prétend que spores et bâtonnets représentent les différentes phases de développement du même micro-organisme.

La même année, Bayer (de Bruxelles) en donne deux observations (*Revue mensuelle de Laryngologie, 1882.*)

C'est aussi en 1882, que Gumbiner (de Berlin) aux sept cas de mycose connus jusque-là, en ajoute un huitième.

Mais il faut croire que ces observations, si intéressantes, accaparaient peu l'attention des laryngologistes, car, à la même époque, en 1882, paraissait le grand traité des maladies du larynx, du pharynx et de la trachée, par Morell-Mackenzie, traduit et annoté par E. J. Moure et Francis Berthier. Dans cet ouvrage où les affections du pharynx sont traités minutieusement, le mot "pharyngo-mycosis" n'est pas imprimé une seule fois.

En 1884, le docteur Hering, de Varsovie, publie six observations. Il étudie sous le nom de " pharyngo-mycose ", une maladie des amygdales et de la base de la langue, caractérisée par la présence de petits nodules blanchâtres ou grisâtres, quelquefois arrondis, plus souvent pédiculés; ou bien d'excroissance en formes d'épines.

En 1886, Guinier publie une observation.

Dès lors, l'attention de quelques laryngologistes est attirée vers l'étude de cette affection, et les nouveaux cas se font plus nombreux.

L'année 1887 est assez fertile en publications sur cette maladie.

Chiari et Creswell-Baber en rapportent chacun un cas.

Mentes-Bonito, de Bordeaux, fait paraître sa thèse sur ce sujet, avec douze observations prises dans le service de M. E. J. Moure.

Le docteur Ferré fait des recherches histologiques et considère l'affection comme due au " leptothrix buccalis. »

Le docteur Moure rapporte que les cas publiés jusqu'à ce jour sont de vingt environ, mais il faut peut-être attribuer cette rareté à ce fait que, la maladie n'étant pas connue, est restée souvent inaperçue.

En 1888, au congrès d'Oran, le docteur Moure dit qu'il considère la mycose de l'arrière-gorge comme très fréquente.

Daus la même année Lober, Oltuszewsky, Jacobson, Decker et Seifert, font paraître diverses communications de mycose.

L'année suivante, en 1889, Vanderpool décrit à la mycose deux formes : la forme circonscrite et la forme diffuse. En même temps Goris trouve des fibres musculaires, à l'examen microscopique des

points mycosiques, mais comme le fait judicieusement remarquer M. Collin, dans sa thèse, l'arrachement des points blancs a dû être poussé trop profondément et les fibres musculaires sont indépendantes de l'affection.

En 1889 aussi, Gautier fait paraître un article sur la mycose dans *le Journal of Laryngology*.

En 1891, Spaaus, Puterman, Dubler, Newcomb, Jurasz, font paraître différentes communications. Puis, la même année, Lennox Brown publie son *Traité des maladies du Larynx*, dans lequel il consacre à la description de la pharyngo-mycose, « en tout vingt lignes ». C'est un résumé naturellement très insuffisant de ce qui a été écrit précédemment sur cette affection.

En 1892, Henry Bixby Hemenway (*in Journal of Laryngology, Février*), consacre un article de onze pages à l'histoire du " pharyngo-mycosis " et à son étude microscopique. Il trouve surtout le " leptothrix buccalis " et le " bacillus fasciculatus ". Puis il recommande comme seul traitement, le thermo ou galvano-cautère.

Garel, dans une étude microscopique de cette maladie, trouve le " leptothrix buccalis " et le " cocci bacillus fasciculatus ".

Higguet, de Bruxelles, trouve dans les petits points blancs, des lamelles de nature cornée épidermique.

M. le docteur Ruault y consacre quelques lignes

dans le *Traité de médecine*, à propos du diagnostic différentiel, de l'amygdalite lacunaire caséeuse chronique.

En 1892 aussi, Bosworth dans son Traité des maladies du nez et de la gorge, consacre quelques pages à l'histoire de cette affection.

En 1893, paraît la thèse du docteur Albert Colin avec sept observations inédites dont quelques-unes personnelles et les autres prises dans le service de M. le docteur Ruault. M. Colin attribue « toujours » la pharyngo-mycose au leptothrix buccalis, et pour cette raison sa thèse porte; " De la mycose leptothrixique pharyngée ". Un des premiers, M. Colin, conseille comme un des moyens de traitement, l'usage du tabac à fumer.

M. Wagnier publie trois cas de guérison par attouchement à l'acide chromique.

Le docteur Kraus Eugène (*in Bulletin médical*, 15 mars 1893), considère l'état catarrhal comme condition « sine quâ non » du développement de la mycose. Et ainsi, les différentes causes qui peuvent irriter la muqueuse bucco-pharyngienne, peuvent indirectement occasioner la mycose.

Le docteur Labit (*in Revue de Laryng.*, 1er mars 1893) publie un cas de pharyngo-mycose qui est assez curieux par cette particularité que les points de mycosis s'étendaient depuis la partie supérieure du pharynx, jusque sur les replis aryténo-épiglottiques.

En 1894, le docteur Homer M. Thomas A. M., M. D. (*in Medical Record*, 6 janvier 1894), donne une description très nette de cette affection, mais sans apporter rien de nouveau. Il préconise le traitement à l'ignipuncture.

En 1896, Royet (*in Echo médical de Lyon*, 15 août) donne une très bonne description du pharyngo-mycosis, et affirme qu'on peut rencontrer le " leptothrix buccalis " dans la bouche de huit personnes, sur dix prises au hasard.

Puis la même année, A Brown Kelly (*in Glasgow médical journal*) prétend que l'affection communément appelée " mycose pharyngée " est en réalité de la kératose et à l'appui de sa thèse, il apporte dix observations personnelles. Ce travail est long et consciencieusement fait, mais ne peut nous convaincre. Les lamelles cornées épidermiques se rencontrent quelquefois dans la mycose pharyngée mais pas toujours. Et cependant là où ce tissu cornéen n'existe pas, il faut autre chose que de simples gargarismes et badigeonnages pour avoir raison de la " mycose leptothrixique vraie du pharynx ", comme le prétend M. Brown-Kelly.

Pour nous, à part les cas de guérison spontanée, nous ne connaissons pas de cas qui aient été si dociles à ce traitement pour ainsi dire " badin ".

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Depuis 1873, dâte à laquelle B. Fraenkel donna, le premier, une description du « pharyngo mycosis » les laryngologistes se sont tenus en éveil et les observations se sont accrues en nombre chaque année.

Bien que Kraus croit que l'examen microscopique soit inutile, pour faire le diagnostic, la plupart des observateurs cependant, procédèrent à une étude bactériologique de tous leurs cas. En général, ils s'accordent presque tous, à reconnaître le « leptothrix buccalis » dans les points blancs mycosiques, et quelques-uns déduisent d'après cette présence constante que le leptothrix est la cause de la maladie.

Nous ne pensons pas de même. Le leptothrix buccalis est presque constant dans la salive et les différentes parties de la bouche ; il serait étonnant qu'il n'y fût pas dans les affections de celle-ci. Et d'après la bibliographie que nous avons consultée consciensieusement et nos recherches personnelles, nous pouvons dire que l'on rencontre non seulement le « leptothrix buccalis », mais aussi l'oïdium

albicans, le nigrities linguæ, le mycosis sarciné, l'aspergillus fumigatus, etc., et dans l'état actuel nous ne pouvons affirmer que le leptothrix soit le bacille qui engendre la mycose du pharynx. Parfois on ne rencontre aucun microbe et seulement des lamelles de nature cornée.

Notre aimable maître, M. le docteur A. Castex, a bien voulu nous faire cadeau d'une touffe mycosique, enlevée sur l'amygdale d'une de ces malades (Observation N° V).

Cette petite touffe, ou plutôt cette petite pointe, a un aspect filiforme, d'une longueur de quatre millimètres environ, de couleur blanchâtre, ayant une extrêmité effilée, pointue, en rapport avec la profondeur des cryptes; une autre extrémité, renflée, ayant un millimètre et demi d'épaisseur, répondant à la surface muqueuse de l'amygdale. — Ce petit clou mycosique fut d'abord reçu dans un bocal contenant une solution alcoolique au 1/3. Puis deux jours après, je pus grâce à l'obligeance extrême de mon éminent maître et ami, M. le Docteur G. Durante, chef du laboratoire d'anatomie pothologique à l'hôpital de la Charité, procéder avec celui-ci, à un examen microscopique de la pièce mycosique.

La dissociation de la pointe effilée, répondant à la profondeur de la crypte, fut très facile, je pus même l'écraser sans peine sur la lame de verre. Quant à la partie renflée, il en fut tout autrement,

et malgré un travail armé de patience, la dissociation microscopique fut impossible; j'en détachai à peine quelques petites parcelles. Le reste était dur, corné, d'aspect luisant.

Enfin, je soumis le tout à différents procédés de coloration.

1° Avec la solution anilinée de thionine :

Eau d'aniline.	90 grammes
Solution concentrée alcoolique de thionine	10 grammes

2° Avec le liquide de Loefler.

3° Avec la solution de fuchsine (Gram).

Naturellement, j'eus soin de fixer les parties mycosiques au-dessus d'un bec Bunsen, avant la coloration : puis je lavai à l'alcool et recouvrai le tout avec une lamelle au baume du Canada. Eh bien ; de tout cela, le microscope ne décéla rien, aucune cellule animale ; seulement quelques poussières. Ce serait peut-être un point de kératose pharyngée, tel que le décrit Brown Kelley (*in Glasgow Médical Journal Janvier* 1896)

Quoiqu'il en soit, nous ne devons pas en conclure que l'examen des points mycosiques est ainsi, toujours négatif. M. le professeur Cornil, pour lequel nous avons une admiration profonde, a fait une étude microscopique très complète de fragments de mycose pris sur deux des malades relatés dans la thèse de M. Colin. Voici un aperçu résumé du résultat de ses recherches :

« On voit des accumulations de filaments d'une « longueur parfois considérable, de sorte qu'un « filament peut occuper tout le champ du micros- « cope. Ils sont rectilignes ou un peu incurvés dans « un seul sens, quelquefois retournés en paraboles, « rarement sinueux.

« Ils paraissent presque tous formés de fila- « ments plus ou moins longs, en général, d'une « longueur triple ou quadruple de leur épaisseur. « Ils sont d'un diamètre sensiblement analogue, de « 1, 2 u., à 1, 5 u.

« Ces microorganisme ne sont autres que des « leptothrix en touffes.

« Ces leptothrix et ces touffes prennent souvent « naissance sur une cellule d'épithélium aplati, qui « est généralement granuleuse ou transparente, « mortifiée avec un noyau tout à fait atrophié et « transparent. Dans ces cellules épithéliales, on « reconnait en outre une série d'autres microorga- « nismes qui appartiennent aux microbes communs « de la bouche ; ce sont, soit des microbes en forme « de petits bâtonnets minces, en amas, soit des « microbes ronds. Un certain nombre de cellules « forment une masse remplie de ces microbes ronds. « Quelques-unes contiennent plusieurs de ces varié- « tés, d'autres une seule.

« Toutes les cellules granuleuses qui paraissent « modifiées à un faible grossissement, sont plus ou « moins remplies d'organisme.

« Au niveau des parties où le leptothrix s'implante sur la surface de la muqueuse, on voit « parfois une dépression dans laquelle l'épithélium corné se continue avec le corps muqueux de la « muqueuse. Sur la première couche cornée, s'im- « plantent perpendiculairement ou obliquement, « des filaments de leptothrix ».

Goris a rencontré dans les points mycosiques des leptothrix fasciculés, isolés des cocci associés de différentes façons, des cellules épithéliales. L'auteur a rencontré même des fibres musculaires striées, mais comme nous le disons plus haut, l'extirpation a dû être poussée trop profondément, au delà de la région malade, en plan musculaire.

Garel dit que si on fait des coupes au niveau des points malades, on note que le tissu lymphoïde a disparu et est remplacé par un stroma fibro-conjonctif, dans lequel les vaisseaux sont atrophiés ; dans ce stroma existent des cavités représentant des cryptes dilatées, véritables kystes par rétention tapissées d'une accumulation de lamelles cornées. Entre ces lamelles sont des spores et des filaments de leptothrix. La lésion des cryptes semble être la première en date, et le parasite trouverait là un milieu favorable à sa culture.

Garel ajoute que certaines parcelles de mycosis enlevées à la pince, présentent à leur partie profonde une extrémité effilée en cône dur, d'aspect jaunâtre. Cette consistance de la pointe doit d'après

lui, provenir de sels calcaires incrustés : elle explique en outre la difficulté que l'on éprouve souvent dans l'extraction de certains îlots de mycosis.

Krauss prétend que, lorsque le parasite a réussi à se développer, il entretient et exagère l'irritation de la muqueuse, par la tendance qu'il a à pénétrer dans la profondeur en se ramifiant dans le tissu conjonctif, dans l'intérieur des glandes, et dans les follicules. Krauss a procédé à l'examen microscopique d'un clou mycosique et a constaté la présence d'une grande quantité de filaments de « leptothrix buccalis » dans un amas d'épithélium et de mucus. Ces filaments se coloraient en bleu, par une solution d'iode et d'iodure de potassium. Il ne put enlever les masses mycosiques des muqueuses, qu'avec une extrême difficulté, et chaque fois, il y arriva, par des manœuvres brusques et violentes qui produisirent des petites hémorrhagies. Cette difficulté provient de la propriété du parasite de pénétrer dans la profondeur des tissus et de s'y ramifiier. L'auteur ajoute qu'il est difficile de dissocier et de désagréger la masse extirpée pour l'examen microscopique.

Moure (de Bordeaux) dit que l'anatomie pathologique montre que ces touffes blanches sont composées des éléments du « leptothrix buccalis ».

Hemenway croit aussi que la pharyngo-mycose est une maladie parasitaire du pharynx. Comme les amygdales sont le siège le plus fréquent des para-

sites, il conseille de la désigner sous le nom de « tonsillo-mycose », ou de mycose tonsillaire.

Higguet (de Bruxelles) en faisant l'examen microscopique des petits points blancs, trouva que les filaments étaient des lamelles de nature cornée épidermique, sans autres éléments. Ce qui se rapprocherait sensiblement de l'examen fait de notre malade de l'observation n° V.

Vanderpool dit que l'odium albicans est le parasite végétal le plus fréquent dans le pharynx. On rencontre plus rarement les affections décrites sous le nom de nigrities linguae, mycosis sarciné, aspergillus mycosis, mycosis leptothrix. Le nigrities linguœ ne se voit dans le pharynx que par extension au voisinage de la base de la langue et c'est sur cet organe que son développement est toujours le plus considérable. L'aspergillus mycosis serait beaucoup moins fréquent dans le pharynx que dans l'oreille.

Gautier rapporte que les masses caséuses, rencontrées dans les cryptes amygdaliennes, sont surtout composées de « leptothrix buccalis ». La maladie, d'après lui, attaque de préférence l'isthme du gosier, rarement le pharynx, plus rarement encore la trachée, et avant tout les amygdales palatines.

Royet croit être au-dessous de la vérité, en affirmant qu'on peut constater la présence du leptothrix dans le pharynx de huit personnes sur dix, prises au hasard. D'après cet auteur, le champ de

culture par excellence du parasite est la portion de la langue située immédiatement en avant du V lingual; c'est de là qu'il rayonne sur les parties voisines. Il ajoute que les touffes de leptothrix sont placées sur l'amygdale linguale, entre les lobules de la glande, jamais ou rarement dessus : on peut aussi le rencontrer sur les amygdales palatines, la muqueuse pharyngée et l'amygdale pharyngée.

ETIOLOGIE

Il a été dit beaucoup de choses sur l'étiologie de la pharyngo-mycose; mais en résumé, presque tous s'accordent à dire que celle-ci est obscure. Nos investigations de ce côté n'ont pas été plus fructueuses que celles de nos prédécesseurs.

Et, naturellement, ne sachant rien d'exact, on a incriminé une foule de causes plus ou moins plausibles. Cependant, il semble ressortir que dans la majorité des cas, les malades atteints de pharyngo-mycose, présentent une altération de la muqueuse pharyngienne ou un mauvais état général. Sur ce point, Krauss est très énergique, et il considère comme condition *sine qua non* du développement de la mycose, un état catarrhal du pharynx et voici comment il s'exprime dans le *Bulletin médical* du 15 mars 1883 :

« Il n'y a qu'un seul fait qui, d'après les obser-
« vations publiées et d'après nos observations per-
« sonnelles (six) me semble être certain c'est que le
« mycosis ne se développe pas sur une muqueuse
« intacte, mais qu'une certaine modification de cette
« dernière doit précéder son apparition. Les carac-

« tères de cette modification ne nous sont pas « connus, mais il est fort probable que la moindre « altération de la muqueuse, qu'un simple catarrhe « suffit à la rendre apte à devenir le siège des « colonies du parasite. »

C'est à ce point de vue que toutes les causes qui peuvent irriter la muqueuse bucco-pharyngienne, peuvent indirectement, occasionner la mycose.

De même Garel, en 1893, d'après une étude basée sur vingt-neuf cas, dit que cette affection semble se développer le plus souvent chez des sujets atteints de catarrhe naso-pharyngien.

Brown Kelly, en 1896, affirme que la mycose leptothrixique se développe à la faveur d'un mauvais état général ou local qui a modifié la vitalité de la muqueuse.

La dyspepsie serait aussi un facteur étiologique de cette maladie :

La carie dentaire, l'acidité de la salive, l'inflammation sont des conditions favorables; de même l'amygdalite chronique, le catarrhe pharyngien.

Hemenway a aussi rencontré cette maladie chez des personnes ayant une inflammation catarrhale, ou des amygdales hypertrophiées.

Le docteur Johnson, de Baltimore, a observé ces cas surtout chez des écoliers débilités et des vieillards.

Les amygdalites à répétition peuvent être incriminées.

Le docteur Colin, dans sa thèse de 1893, donne l'observation d'une femme enceinte, présentant un grand nombre de points mycosiques et qui disparurent spontanément à la suite de son accouchement. Nous croyons utile de reproduire cette observation résumée.

Observation I

(Thèse du docteur A. Colin, 1893).

Madame X..., 21 ans, concierge.

Un jour, son enfant étant atteint d'angine, elle eut l'idée de se regarder dans la gorge, bien qu'elle n'y ressentit aucune gêne, et vit plusieurs points blancs sur chacune de ses amygdales.

Au bout d'un mois, le 11 mars 1891, à la clinique de laryngologie de l'Institution des Sourds-Muets, nous constatons que les amygdales sont couvertes en de nombreux points, de petites excroissances d'un blanc jaunâtre.

Il existe également sur la paroi postérieure du pharynx et la base de la langue, des excroissances analogues.

Ces productions sont d'une consistance ferme et se laissent difficilement arracher au moyen de la pince non coupante.

Diagnostic.—Mycose leptothrixique confirmée par l'examen microscopique.

Traitement. — Ablation des touffes de lepto-

thrix et badigeonnages à la solution iodo-iodurée. Le 15 mars 1892, nous la retrouvons; elle nous déclare qu'un mois après sa dernière visite à la clinique, quelques points blancs réapparurent sur l'amygdale droite, qu'elle toucha pendant un certain temps avec du jus de citron.

Au mois d'avril dernier, elle accouche. A ce moment, elle avait encore des productions mycosiques qui étaient revenues en plus grand nombre, depuis qu'elle avait cessé le traitement.

Quinze jours après son accouchement, la première fois qu'elle se leva, elle regarda sa gorge et vit qu'il n'y existait plus aucun point blanc.

Nous l'examinons et voyons en effet que toutes les parties atteintes primitivement sont guéries et qu'il n'y a plus nulle part de production de leptothrix.

D'après C. Robin, l'acidité de la salive est une condition de vie du « leptothrix buccalis ». Partant de là, Mendes-Bonito pense que les irritations de l'arrière-gorge, favorisant cette acidité de la salive, seraient la cause de la mycose leptothrixique. Mais Decker et Seifert ont inoculé à des amygdales saines et malades, de la matière leptothrixique et sont parvenus dans l'un et l'autre cas, à reproduire l'affection.

Notre maître M. A. Castex, a rencontré cette affection chez une jeune anglaise de 13 ans, sujette aux amygdalites à répétition (Voir observation VI).

Thomas dit qu'on rencontre cette affection plus souvent chez les femmes et les enfants qui souffrent d'hypertrophie amygdalienne et sont disposés aux pharyngites chroniques.

W. C. Glasgow croit qu'une condition particulière de la muqueuse est un facteur nécessaire pour le développement de la mycose, et que celle-ci existe seulement lorsque la membrane présente un terrain favorable au développement.

Mais il arrive souvent que la cause étiologique nous échappe, au point que des personnes sont atteintes de cette affection depuis longtemps, qui n'est dévoilée que par pur hasard. Ou bien ce sont des chanteurs qui en sont atteints et ne ressentent rien, à l'état de repos, mais aussitôt qu'ils chantent un peu longtemps, ils sont arrêtés (Voir observation V).

L'âge, le sexe, la profession des individus atteints, ne semblent nullement influencer le développement de l'affection. Cependant, d'après plusieurs auteurs, elle serait plus fréquente chez la femme, et de 10 à 40 ans.

Brown Kelly, sur 130 cas, a compté 52 hommes et 78 femmes ; et de 15 à 35 ans.

Garel l'a rencontré plus fréquemment dans la seconde enfance ; chez les jeunes filles, entre 10 et 20 ans.

Sur 29 cas :

14 hommes, 15 femmes.

Vanderpool dit qu'il serait plus fréquent chez la femme que chez l'homme, et apparaîtrait surtout vers 30 ans.

Dans la thèse de M. A. Colin, six femmes sont représentées, pour un homme seulement.

Age, de 11 à 30 ans.

Colin donne comme proportion : trois femmes pour deux hommes.

Hering l'a rencontré chez un vieillard, Dubler sur un enfant de huit mois.

Enfin M. A. Castex sur un total de six personnes, compte deux femmes, trois jeunes filles et un homme.

Hemenway croit que la maladie est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, parce que la première vit dans un air confiné, moins pur, et ajoute que les amygdales hypertrophiées sont un terrain favorable au parasite.

Les conditions hygiéniques (nourriture, température, humidité, ventilation, etc.) auxquelles Goris attribuait une valeur étiologique n'ont certainement qu'une importance indirecte en favorisant un état catarrhal de la muqueuse pharyngienne.

Une prédisposition due à une diathèse quelconque (syphilis, tuberculose, etc.) n'a pas pu être prouvée jusqu'ici. La plupart des malades observés n'avaient pas même fait de maladies antérieures.

Il n'y a pas de prédisposition héréditaire, bien

qu'on rencontre parfois cette maladie chez plusieurs membres d'une même famille.

Toutefois Guinier pense que le lymphatisme offrirait un excellent terrain, pour le développement du leptothrix.

On a noté au contraire que la plupart des malades appartiennent aux classes aisées, où l'hygiène a le moins à souffrir. Notre maître M. A. Castex l'a rencontré six fois dans son cabinet de consultation particulier; jamais à sa clinique (Voir observation V et VI).

Garel, sur vingt neuf cas, n'en a eu que deux à l'hôpital.

Goris considère le froid comme un grand facteur étiologique de cette maladie.

On a incriminé aussi, sans preuves précises, le climat humide, la qualité de l'eau et surtout de l'eau des marais, parce que dans celle-ci on trouve des bacilles qui ont beaucoup de ressemblance avec le « leptothrix buccalis » (Thomas et Hemenway).

La maladie n'est pas directement transmissible et n'est pas contagieuse. Hemenway a expérimenté sur lui-même la transplantation des excroissances et sans succès.

En résumé, l'étiologie de la mycose pharyngée est incertaine et à l'état de supposition; mais si nous faisons l'analyse microscopique des petits points blancs rencontrés sur les amygdales et sur la base de la langue, nous rencontrons des microbes divers

à peu près constants qui, à eux seuls pourraient expliquer la maladie. Auquel de ces microbes donner la palme, comme étant seul à incriminer dans l'étiologie du mycosis ? Ou bien cette affection n'est-elle pas due à ces divers microbes associés ? Nous n'avons pas sur ce sujet une idée très nette. Presque tous les observateurs ont rencontré le « leptothrix buccalis », en faisant un examen superficiel. Mais ce bacille qui se trouve à l'état normal et toujours dans la cavité buccale, s'y trouve naturellement aussi et « à fortiori », lorsque celle-ci est à l'état pathogène. On a rencontré aussi l'oïdium albicans, le nigreties linguae, le sarcinica, l'actinomyces, l'aspergillus fumigatus et le bacillus fasciculatus. Ces différents microbes semblent donc être la cause du mycosis, mais pour que celui-ci se manifeste, il faut des conditions spéciales, il faut des causes occasionnelles qui ne sont pas connues jusqu'à présent.

DESCRIPTION

Définition. — Le " mycosis du pharynx " est une affection bénigne, chronique, caractérisée par la présence sur les différentes amygdales, sur la base de la langue, parfois sur tout le pharynx, de petits points blanchâtres de 1 à 2 millimètres de diamètre, contenant les différents microbes qui séjournent dans la cavité buccale.

Sa description demande l'étude des symptômes subjectifs et celle des symptômes objectifs.

Symptomes Subjectifs

Disons tout de suite que ceux-ci sont parfois nuls et que souvent c'est le hasard qui fait se découvrir la maladie. Une malade vient consulter Kraus parcequ'elle remarque depuis plusieurs mois sur ses amygdales, des taches blanches ne disparaissant pas, mais n'en est nullement incommodée. Royet dit que s'il n'y a pas de pharyngite, le plus souvent, rien ne peut faire soupçonner la présence du parasite.

La mycose peut exister aussi sans symptômes apparents chez les chanteurs, qui seulement après

avoir chanté un peu, ont une sensation de sécheresse et d'irritation dans l'isthme du gosier. La voix est diminuée quant au ton et devient rauque.

Nykamp cite le cas d'un malade qui " ne se plaignait de rien " et cependant il existait des dépôts grisâtres de mycose entre les papilles du dos de la langue et sur l'épiglotte. Le pharynx et les amygdales étaient indemnes.

Garel dit que la symptomatologie est presque entièrement objective ; que rarement il y a gêne ou douleur à la déglutition. Nous croyons intéressant de reproduire ici, une observation du docteur Kraus, d'une jeune femme atteinte de mycosis sans symptômes subjectifs.

Observation II

(Docteur Eugène Kraus)

Femme de chambre, 28 ans, vivant dans les meilleures conditions hygiéniques. L'affection datait de huit mois environ, quand je vis cette malade pour la première fois. Aucun phénomène aigu (fièvre, dysphagie, etc.) n'avait marqué le début, il y avait eu seulement un peu de gêne dans la gorge.

La malade était venue me consulter parce qu'elle remarquait depuis plusieurs mois sur ses amygdales des taches blanches ne disparaissant pas. En examinant la cavité bucco-pharyngienne, on voit la

muqueuse du palais, des piliers, du pharynx légèrement congestionnée.

Les amygdales hypertrophiées, de la grandeur de noisettes, recouvertes d'une muqueuse épaissie, rouge-grisâtre, sont chacune le siège d'une douzaine de points blancs, régulièrement disséminés et se dessinant très nettement sur la muqueuse. Ces points ont tous à peu près les mêmes dimensions d'un grain de millet; leur couleur est d'un blanc nacré, quelques-uns d'entre eux, couverts d'une faible couche de mucus, paraissent jaunâtres. En les examinant attentivement, on voit qu'il s'agit de petites élévations pointues, dont la surface paraît quelque peu velue, ce qui leur donne l'aspect de petites touffes. Nulle part on ne voit une confluence de ces taches qui sont bien isolées par la muqueuse qui les entoure.

Le laryngoscope permet de découvrir une vingtaine d'autres taches sur la base de la langue, groupées autour des grands follicules. L'examen des autres régions de la cavité bucco-pharyngienne, de même que celui des cavités nasales, naso-pharyngiennes et du larynx ne démontre rien d'anormal.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et souvent les symptômes subjectifs existent. Chez les six malades de mon maître, M. A Castex, l'affection s'est toujours caractérisée par une gêne ou des sensations de piqûres dans l'arrière-bouche. Ce sont les symptômes les plus fréquemment rencontrés.

Dans une des observations de la thèse de M. A. Colin, une malade accusait non pas une douleur vraie, mais plutôt une gêne, un chatouillement, une sensation de corps étranger qui la faisait tousser et râcler constamment.

Parfois à la sensation de chatouillement s'ajoute une sensation de sécheresse.

Quelquefois le malade a la sensation d'une bande autour du cou, qui l'étoufferait ou presserait légèrement. Il y a aussi un peu de douleur à la déglutition.

Thomas a déjà rencontré chez un malade, tous ces symptômes grandement exagérés, avec dépression, fièvre considérable et perte de l'appétit.

La respiration fétide, rare, a déjà été rencontrée par Gautier.

Moure dit que les symptômes fonctionnels, lorsqu'ils existent, sont ordinairement ceux de la pharyngite granuleuse.

Hemenway dit que les symptômes subjectifs varient depuis une légère sensation de picotement jusqu'à une sensation accusée d'obstruction. Parfois il y a inflammation locale douloureuse avec fièvre, toux et vomissements. L'asthme se rencontre parfois.

L'état général est le plus souvent très bon.

Symptômes Objectifs.

Comme nous le disons dans notre définition du "mycosis du pharynx", les symptômes objectifs de cette affection sont la présence de petits points blanchâtres sur les amygdales et la base de la langue. Il n'en est pas toujours ainsi. Les points mycosiques peuvent se propager au pharynx, à l'épiglotte, et manquer parfois aux amygdales.

Ces points ont la forme de touffes saillantes de quelques millimètres au-dessus de la muqueuse. Ils ressemblent parfois à des petites têtes de clou. Ils sont unis à leur surface, ou bien irréguliers, frangés, d'un blanc jaunâtre, et se détachent avec assez de difficulté à cause de la pénétration des microbes dans l'épaisseur de la muqueuse ; l'arrachement amène parfois un petit suintement de sang.

Ces points mycosiques ont souvent la forme de grains de millet. de touffes de champignons rappelant l'aspect de la barbe de capucin, ou de plaques jaunâtres simulant des taches diphthériques, le toucher donne la sensation de saillie.

Thomas donne à la description de ces points, deux formes : la forme diffuse et la forme circonscrite. Dans la forme diffuse, la langue est recouverte totalemeut d'une masse brillante comme du lait, qui fréquemment est suffisamment dense. Les mouvements de la langue et la sensation du goût ne sont pas perdus, et la santé générale n'est pas

atteinte. Dans la forme circonscrite, des points brillants apparaissent, et la membrane muqueuse autour d'eux, conserve sa couleur rose.

Brown-Kelly qui ne reconnaît pas la mycose pharyngée, tel que nous, lui donne une description différente :

« Elle se traduit par des taches plus ou moins « nombreuses, petites, isolées, légèrement saillan- « tes, siégéant sur une muqueuse saine, se « détachant facilement, et laissant une érosion « superficielle. Leurs sièges habituels sont le voile « du palais et la luette ».

Un des principaux caractères de ces clous mycosiques, est qu'ils sont très tenaces; et quand on les enlève avec la pince, ils se reproduisent rapidement à la même place, parfois dans les vingt-quatre heures. Quelquefois ces clous filaments se réunissent en formant une membrane. D'autres fois ils sont cornés et pointus et rassemblés en forme de grappes, comme les grains de figue, ou en forme de plaques musculaires.

La lésion siège par ordre de fréquence, aux amygdales, à la base de la langue, dans les fossettes glosso-épiglottiques, les parois postérieures et latérales du pharynx, au milieu des piliers, de la voûte naso-pharyngée des fosses nasales. Parfois l'épiglotte est atteinte et aussi la membrane interaryténoidienne.

Oltuszewski observa un cas chez un madale

de 16 ans, chez lequel l'affection parut soudainemeut sur les amygdales, les arcades palatines et la langue avec fièvre intense.

Vanderpool dit que le siège de la prédilection est l'amygdale du côté gauche.

La marche de l'affection est lente; sa disparition peut être spontanée avec le temps.

Nous reproduisons ici, une observation de mycosis généralisé, diffus, rare, par conséquent intéressante et dont la place est toute indiquée dans cette thèse :

Observation III

(Résumée, docteur Labit : in Revue de Largyn, 1893)

Marie G.., 28 ans, sans profession.

Cette personne, d'un aspect maladif, maigre et très nerveuse, prétend être incommodée plutôt par le délabrement de son état général que par l'état de la gorge, quoi qu'elle soit persuadée que celui-ci est la cause de tout.

A l'examen de la gorge, on aperçoit de nombreux points blancs, qui couvrent l'amygdale droite, vers son milieu surtout, et forment là un nid d'une largeur d'un centimètre.

Sur l'amygdale gauche, les points blancs sont un peu plus disséminés. Quelques points se mon-

trent encore sur la paroi latérale gauche du pharynx local, et sur la partie la plus extrême des piliers antérieurs des deux côtés.

Au moyen du miroir laryngoscopique. on voit que le tissu adénoïde de la base de la langue, est couvert de ces petits points blancs, séparés, gros comme la tête d'une épingle, au nombre de 10 à 12. A droite de la base de la langue, près du bord droit de l'épiglotte et sur la partie antérieure du repli ary-épiglottique du même côté, on voit deux petites plaques blanches d'une longueur d'environ 3 millimètres sur 4 millimètres de large ; rien au larynx.

Au moyen du miroir rhinoscopique, on aperçoit des points analogues aux précédents, sur les parois latérales du pharynx nasal surtout à gauche à l'entrée des trompes des deux côtés, et enfin sur la paroi postérieure et sur la voûte du pharynx.

Tous ces points blancs ont l'aspect de petites houppes saillantes de 2 à 5 milimètres de long à bords dentelés, frangés. La muqueuse qui entoure ces petits points est saine. Le toucher donne aussi la sensation de saillie. L'extirpation de quelques-unes de ces houppes est tentée, et démontre qu'elles sont très fortement adhérentes à la muqueuse.

L'examen microscopique décèle la présence du leptothrix buccalis.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la mycose-pharyngée est en général, facile lorsque l'affection se caractérise par des petits points blancs, de la grandeur d'un grain de millet, disposés sur les amygdales et la base de la langue, sur une muqueuse saine, de durée ancienne et s'arrachant difficilement avec la pince. L'examem microscopique vient lever tous les doutes lorsque ces points microscopiques contiennent les différents microorganismes de la bouche ou des cellules épithéliales ou des lamelles de nature cornée épidermique.

En outre, les symptômes fonctionnels peu accusés votent en faveur du mycosis.

C'est donc, je le répète, en général un diagnostic facile à faire, mais il n'en est pas toujours de même et quelques cas rares demandent à l'observateur une connaissance approfondie des différentes affections des cavités buccales et naso-pharyngiennes.

Nous allons les passer en revue.

L'angine folliculaire évolue d'une façon aiguë, elle s'accompagne de fièvre et de dysphagie intense.

Les taches blanches qu'elle produit sont irrégulières de forme et de grandeur; elles ont une tendance prononcée à la confluence et siègent sur des amygdales congestionnées par une inflammation aiguë; et dans le doute, l'examen microscopique permet de distinguer sûrement la pharyngo-mycose de la pharyngite folliculaire. D'un autre côté, dans l'amygdalite lacunaire, les points sont mous et friables, demi-liquides et non adhérents : ce sont les productions de la mycose, s'enlevant facilement avec le stylet.

Cependant, le diagnostic doit parfois être hésitant car tous les auteurs, Labit, L. Brown, Garel, Vanderpool, Hemenway, Kraus, prêtent à l'étude du diagnostic de la pharyngite folliculaire avec le mycosis, un intérêt tout particulier.

La diphthérie ne ressemble pour ainsi dire pas à la mycose pharyngée ; ici, il y a chronicité, absence de fièvre et de symptômes généraux, sauf en cas d'amygdalite concomitante, absence d'odeur diphthéritique, de douleur ; l'examen objectif de la gorge est aussi tout à fait différent. Si les touffes blanches ont pris une forme membranoïde celle-ci ne s'enlève que par fragments ; elle laisse des taches sanguinolentes, mais la muqueuse est bien moins dénudée que dans la diphthérie.

Cependant Vanderpool prétend que la pharyngo-mycose a été assez souvent confondue avec la diphthérie. En dernier ressort le microscope pourra

toujours trancher la question, le bacille de Klebs et Loeffer étant toujours facilement reconnaissable. Je n'insiste pas pour montrer la gravité que l'on commettrait en faisant une erreur de diagnostic de ce genre.

L'apparition de " plaques muqueuses ", dans la gorge, est toujours accompagnée d'autres symptômes de la syphilis (angine, ganglions, etc.); les plaques elles-mêmes n'ont pas la forme pointue des colonies mycosiques et dépassent d'habitude la grandeur de ces dernières.

La " tuberculose " ne ressemble et encore d'une façon très vague au mycosis, que sous la forme de phthisie miliaire du pharynx, qui ne se déclare qu'à la dernière période de la tuberculose. L'état du malade, l'anémie des muqueuses, la couleur jaunâtre et la transparence des petits nodules, qui se produisent à la suite de cette affection, dans la gorge du malade, rendent le diagnostic facile.

Parfois, il existe des " bouchons de mucus et d'épithélium " dans les lacunes des amygdales. Ils sont de couleur jaunâtre, dépassent la grandeur d'un grain de millet et se trouvent toujours isolés ou en petit nombre et se caractérisent par la facilité extrême avec laquelle ils s'enlèvent. Une légère pression, une quinte de toux du malade suffisent pour les faire sortir de leurs loges.

On observe aussi des petits " kystes " dans les lacunes des amygdales; ils forment des élévations

plates, transparentes, jaunâtres, se trouvent toujours isolés et occupent habituellement le sommet des amygdales.

Le " muguet ", maladie d'enfants par excellence, peut cependant parfois atteindre les personnes adultes. Le muguet forme des membranes blanches, très variables de grandeur, qui peuvent siéger sur toutes les parties de la muqueuse bucco-pharyngienne, mais qu'on rencontre plutôt sur la partie antéro-latérale de la langue sur sa base. Elles ont de la tendance à confluer et se détachent facilement par friction. Au-dessous, la muqueuse n'est pas ulcérée mais seulement congestionnée, d'un rouge foncé. Il est en général accompagné d'un état cachectique ; il y a aussi de la dysphagie.

Il est cependant des cas de muguet primitif qui sont plus difficiles à distinguer du mycosis.

Dans les cas de " concrétions calcaires " des amygdales, celles-ci sont plus grosses que les points blancs de la mycose pharyngée et elles rendent sous le stylet un son pierreux, ce qui n'existe pas dans la précédente affection. Elles sont isolées et après leur ablation, elles ne récidivent pas.

Les concrétions " caséeuses " du pharynx granuleux peuvent simuler le mycosis, mais s'en distinguent cependant, en ce qu'elles sont plus molles et beaucoup moins adhérentes que les autres.

La confusion avec " l'angine pultacée ", ne saurait exister, car dans celle-ci, il y a de la fièvre et

un malaise général qui n'existent pas dans le mycosis. Cependant certaines angines herpétiques légères peuvent ne donner lieu à aucune réaction générale ; la distinction sera alors facile à faire, car les vésicules d'herpès siègent principalement sur le voile du palais et jamais sur la base de la langue, ce qui est ordinairement le contraire pour le mycosis. De plus, la base de la vésicule est entourée d'une auréole inflammatoire, chose qui n'existe pas pour la touffe du mycosis.

Kraus rapporte le cas d'une « angine infectieuse » (causée par des oiseaux empaillés), qui se montra sous forme d'angine folliculaire intense, accompagnée de fièvre et de prostration grave. Ces symptômes cessèrent après quelques jours pour réapparaître dans des intervalles de quinze jours à trois semaines. Le malade ne souffrait pas pendant ces intervalles, mais présentait des petites taches blanches sur ses amygdales, qui ressemblaient à celles que produit le leptothrix. Les caractères aigus distinguaient cependant cette affection des mycosis.

Brown Kelly appelle « kératose pharyngée » ce que nous appelons « mycose pharyngée, et d'après lui il y a une différence clinique très nette entre ces deux affections. Leur seule ressemblance, dit-il, est la présenee du leptothrix dans leurs productions. Les excroissances de la kératose sont rudes, très adhérentes, de forme caractéristique. Les taches de la mycose sont douces au toucher, faciles à détacher

et légèrement saillantes, et la muqueuse qui les entoure est enflammée. La kératose, poursuit-il, se limite à une certaine région, tandis que la mycose a été observée sur tous les points, entre la bouche et l'estomac.

Nous ne partageons nullement l'opinion de M. Brown Kelley.

Le diagnostic de l'affection est facile lorsque la maladie est développée ; au début, la difficulté consiste à découvrir les colonies peu nombreuses encore et occupant des endroits cachés de la muqueuse, comme la partie postérieure des amygdales, les replis de la langue, etc.

Et puis, du reste, le diagnostic précis, toujours désirable, n'est pas essentiel pour qu'un traitement convenable soit appliqué. Il importe néanmoins de ne pas confondre la pharyngo-mycose avec la pharyngite folliculaire.

PRONOSTIC

Le pronostic est favorable, malgré une résistance désespérante du parasite aux moyens thérapeutiques (Observation IV).

Il y a parfois guérison spontanée, mais plus souvent l'affection est chronique et les parasites réapparaissent à plusieurs reprises successives. Hemenway croit que ceux-ci peuvent passer dans la muqueuse pituitaire ou dans les poumons. Localisés dans les poumons, ils donneraient lieu à une bronchite très opiniâtre.

TRAITEMENT

Il est important de reconaître le mycosis au début, quand les colonies parasitaires sont encore superficielles; il peut, à ce moment, être détruit facilement, alors que plus tard le traitement devient long et difficile.

Les différents agents antiseptiques, astringents ou caustiques, comme les acides, phénique, chromique, borique ou salicylique, le sublimé, le nitrate d'argent, l'alcool, etc., n'ont même en solutions très concentrées, aucun effet sur la maladie, qu'on les applique sous forme de gargarismes, de badigeonnages ou sous une autre forme (Observation IV).

Notre maître, M. A. Castex, préconise l'emploi des gargarismes chauds avec la solution aqueuse de résorcine à 1 p. 100, suivi de l'extirpation, en plusieurs séances, des points mycosiques, au moyen de la pince nasale de Duplay (Observation V).

D'autres fois, il emploie le galvano-cautère, qui lui réussit très bien (Observation VI et VII).

Hemenway recommande aussi l'emploi du galvano-cautère et du thermo-cautère; comme seul traitement, Moure dit que le traitement consiste à arracher ou râcler les touffes et à cautériser leurs points d'implantation avec des solutions de chlorure de zinc (1/20 à 1/30), d'acide lactique (à 1/2 ou pur), ou mieux encore avec le thermo-cautère pour les amygdales, et le galvano-cautère pour la base de la langue.

Garel affirme que le traitement consiste dans l'arrachement à la pince, suivi de cautérisations au galvano-cautère.

M. Natier a guéri une petite fille atteinte de pharyngo-mycose avec le galvano-cautère et le chlorure de zinc.

Le docteur Webster, dans un cas de mycose, a fait disparaître peu à peu, les végétations par l'emploi combiné du galvano-cautère et de l'hyposulfite de soude.

M. Frederick Knight (de Boston) n'a rien trouvé de satisfaisant, en dehors de la pénétration profonde dans chaque follicule, avec l'aiguille galvano-caustique.

Nykamp a obtenu une disparition totale des dépôts mycosiques, par l'emploi du galvano-cautère combiné avec des badigeonnages de solution de chinoline à 10 0/0.

M. Goris emploie comme traitement, l'extirpation des clous mycosiques avec la pince et

les badigeonnages antiseptiques au sublimé. La galvano-caustique lui parait indiquée quand le mycosis n'a pas pénétré profondément.

M. Hower Thomas dit que le seul traitement est le galvano-cautère.

Kraus dit avoir employé d'une façon très énergique et a plusieurs reprises, le galvano-cautère seulement et n'avoir jamais obtenu de guérison complète. Et pour arriver à un bon résultat, il fit précéder la galvano-caustique, de l'arrachement au moyen d'une pince fixe, des points mycosiques. Il ajoute qu'il est important de ne pas perdre le malade de vue et de recommencer le traitement aussitôt qu'on découvre la réapparition du leptothrix, ce qui est la règle au début du traitement. Après un certain temps, le parasite s'épuise et on arrive à la guérison complète de cette affection rebelle.

La plupart des auteurs sont donc d'accord pour donner comme unique traitement de la mycose pharyngée : " extirpation des points mycosiques avec une pince fixe, cautérisation au galvano-cautère et gargarismes antiseptiques simultanés. " Mais d'autres traitements semblent avoir été employés avec de bons résultats. Nous nous faisons un devoir de les faire connaître.

M. Waguier dit avoir guéri deux malades, chez lesquels les autres traitements avaient échoué, à la suite d'attouchemeuts des points mycosiques avec l'acide chromique anhydre. D'après Moure, ce traite-

ment ne serait pas sans danger, l'acide chromique étant toxique à faible dose.

Le docteur Delavau a obtenu les meilleurs résultats avec l'application fréquente d'une solution de borax ou de bichlorure de mercure et surtout en faisant disparaître les troubles de la digestion.

Le docteur Kitchen a recommandé l'hyposulfite de soude.

On a aussi préconisé le peroxyde d'hydrogène.

Semon prétend avoir guéri un cas avec des gargarismes de chlorate de potasse et des attouchements à l'acide tannique.

L'alun et le nitrate d'argent ont été employés sans bons résultats.

Jacobson recommande le sublimé au 2/1000.

Toeplitz ne réussit pas avec les sels de fer.

MM. de Nabias et Sabrazes et M. Labit disent avoir obtenu de bons résultats avec le traitement suivant :

Chlorure de zinc, fondu en plaques	45 grammes.
Eau distillée	25 —
Iodure de potassium	70 —
Iode	4.25 cent.

On fait dissoudre à chaud, le chlorure de zinc dans l'eau distillée. On ajoute alors l'iodure de potassium peu à peu. Il se forme un précipité jaune qui se redissout par l'ébullition. On retire le vase du feu, on ajoute l'iode en agitant jusqu'à dissolution complète.

M. Moure dit avoir obtenu de bons résultats avec cette solution.

M. le docteur A. Colin obtint l'année dernière une guérison complète par l'emploi du perchlorure de fer. Voici comment l'auteur s'exprime, dans les archives de laryngologie, 1896, page 451.

« Je me servis de la solution officinale, qui « renferme 26 de chlorure ferrique et 74 d'eau (Per- « chlorure de fer). Avec un tampon de coton imbibé « de cette solution, je badigeonnai les parties « atteintes.

« Je vis presque instantanément tous les points « leptothrixiques s'imprégner du liquide et prendre « d'abord sa teinte jaune, puis devenir marron foncé, « la muqueuse conservant sa teinte normale.

« Deux jours après, lorsque je revis la malade, « les touffes de leptothrix étaient d'un noir franc.

« Au stylet, je les trouve d'une consistance dure « et avec les pinces nasales, je puis les arracher une « à une sans difficulté. Je remarque que le perchlo- « rure de fer a pénétré très profondément dans ces « végétations, l'extrémité seule de leur racine est « restée jaune ; elle est effilée et, regardée à la loupe, « on n'y voit pas de cassures. Il semble donc qu'on « l'ait arrachée toute entière. Pendant trois semaines, « je recommençai tous les deux jours ce pansement « et les points de leptothrix disparurent. A la base « de la langue, sur la paroi postérieure du pharynx, « c'est-a-dire partout où elles s'implantaient sur la

« muqueuse lisse, les végétations disparurent après
« trois ou quatre pansements, sans que j'aie eu
« besoin de les arracher. Les touffes qui résistèrent
« le plus longtemps furent celles qui étaient logées
« dans la profondeur des cryptes et cela se conçoit,
« étant donnée la difficulté que l'on rencontre à y
« porter le topique.

« Depuis un mois et demi, je ne vois la malade
« qu'une fois par semaine. Il lui reste de l'amyg-
« dalite lucunaire, mais les cryptes se vident facile-
« ment et il n'y a plus de leptothrix. »

Observation IV

(Hemenway).

Mlle K..., âgée de 32 ans, vient en consultation le 13 avril 1891, pour une tache blanche suspecte de l'amygdale gauche. Les deux amygdales sont enflées et légèrement congestionnées, surtout l'amygdale gauche, de forme arrondie. Sur cette dernière il y a deux plaques blanches dont la plus grande a deux millimètres de diamètre et s'élève de près d'un millimètre au-dessus de la surface épaissie de la muqueuse. Les deux excroissances sortent des follicules tonsillaires. Il y avait de petites taches sur l'amygdale droite. L'auteur diagnostique une pharyngite tonsillaire, et prescrit un purgatif mercuriel, et des lotions au permanganate de potasse.

Quelques jours après, les plaques, au lieu de diminuer, avaient augmenté de volume. La plus grosse ressemblait à un amas d'œufs de mouches. Elle avait une couleur blanche avec une légère teinte café au lait. Elle sortait visiblement d'un follicule dont l'orifice était largement dilaté.

L'auteur en enleva une partie avec la pince et l'examina sous le microscope. Elle contenait des cellules épithéliales en petit nombre, mais surtout des petits corps en forme de bâtonnets disposés en faisceaux. Ce n'était ni la diphthérie, ni une pharingite folliculaire, ni aucune des maladies familières à l'auteur. L'affection était locale et ne demandait qu'un traitement local. L'acide borique, l'acide phéphénique, une solution de thymol, d'eucalyptol et de menthol, de teinture d'iode, n'eurent d'autre effet que de produire parfois une inflammation locale et, indirectement, un plus fort développement des végétations, en augmentant la congestion. Il était évident qu'il y avait pénétration profonde dans l'amygdale, et l'auteur proposa l'emploi de l'électro-cautère. La patiente refusa et partit.

L'auteur s'étant convaincu qu'il s'agissait d'une pharygo.mycose, fit revenir la malade et enleva une nouvelle partie de la production. Rien à l'œil nu n'indiquait une mycosis.

En juillet, Mlle K... eut une amygdalite aiguë, suivie d'un fort développement des végétations dont

des fragments furent envoyé à l'auteur. Elle employa alors la « listérine ».

Le 30 août, l'inflammation et le gonflement avaient disparu et il ne restait qu'une tache blanche. M. Hemenway conseilla l'emploi d'une forte solution de glycérine peptique et acide chlorhydrique, qui ne parut avoir que peu ou pas d'effet.

Le 17 septembre, les amydales avaient beaucoup diminué de volume, chacune d'elles portait une tache blanche d'aspect tout à fait différent des précédentes. Le parasite siégeait sur une large base, l'apparence était maintenant granuleuse plutôt que membraneuse.

Le 18 septembre, la patiente alla consulter un grand spécialiste de Chicago qui employa l'électrocautère.

Observation V

(Due à M. A. Castex, inédite).

Mlle X..., jeune fille de 25 ans, américaine, artiste lyrique, a toujours été bien portante, ne présentant rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Depuis quelques mois, elle éprouve une sensation de piqûres dans l'arrière bouche, qui ne vont pas jusqu'à la douleur. La déglutition se fait sans aucune gêne. En plus, elle remarque, que sa voix

est moins souple pour chanter, se fatigue plus vite que d'habitude.

En même temps que ces symptômes subjectifs et fonctionnels, se succèdent des amygdalites fréquentes.

A l'examen objectif, on aperçoit des points blancs, arrondis, en forme de touffes, sur la face interne des deux amygdales, un peu sur la paroi postérieure du pharynx, beaucoup sur l'amygdale de Luschka.

Je prescris les gargarismes chauds avec la solution aqueuse de résorcine à 1 pour 100. Puis avec une longue pince un peu courbe (pince nasale de Duplay), j'extirpe à chaque séance cinq ou six de ces petites masses, dures et blanchâtres, qui sortent des cryptes amygdaliennes. Pour l'amygdale linguale, j'emploie une pince à courbure particulière, moins longue que la pince à polypes de larynx.

En dix séances environ, je suis arrivé à faire disparaître ces parasites.

Quelques-unes de ces productions ont paru se reproduire, mais seulement au début du traitement.

L'extirpation ainsi pratiquée, n'est ni difficile, ni douloureuse.

Actuellement cette jeune fille est guérie ; la sensation de piqûres est disparue, et la voix est redevenu aussi souple qu'auparavant.

Observation VI

(Due à M. A. Castex; inédite).

Miss E. V..., jeune anglaise, âgée de 13 ans. Antécédents héréditaires nuls. N'a jamais fait de grave maladie. Est seulement sujette aux amygdalites à répétition.

Cette jeune malade accuse aussi une sensation de piqûres dans la gorge et de gêne à la déglutition, mais aucun autre symptôme subjectif.

A l'examen de la cavité bucco-pharyngienne, les amygdales se montrent hérissées de petits points blancs mycosiques. Rien à la base de la langue ni sur la paroi postérieure du pharynx.

Je prescris des gargarismes chauds antiseptiques, à la résorcine à 1 pour 100, puis au moyen d'une pince j'extrais à chaque séance quelques points mycosyques. Ces petits points blancs, une fois extraits, ont la forme de bâtonnets, de clous, dont la pointe s'enfoncerait dans l'amygdale; une fois même c'était un petit faisceau de ces bâtonnets piquants.

Je fis suivre l'extraction avec la pince, de la galvano-cautérisation du point qu'ils occupaient dans l'amygdale. A la huitième séance, ces points n'avaient pas tout à fait disparu.

M. le docteur A. Castex, a vu, ces derniers temps, quatre autres cas, en tout six cas (chez deux enfants, chez un jeune homme, et chez une femme de quarante ans).

L'affection s'est toujours caractérisée par une gêne ou une sensation de piqûres dans l'arrière-bouche. La guérison fut difficile à obtenir.

Observation VII

(Homer M. Thomas, in Med. Rec. N. Y. 1894)

Madame C. B...., souffrait en août 1892, d'une légère irritation du pharynx. On apercevait des petits points blancs sur les amygdales. Elle fut alors soignée par le docteur Fraenkel, de l'Université de Berlin, qui fit l'excision des points avec la pince et conseilla des gargarismes à l'acide phénique et au cognac pur.

Il y eut amélioration mais non guérison.

Le 4 janvier 1892, Madame C. B. vint me consulter. A ce moment, les amygdales et la racine de la langue, étaient presque entièrement couverts de mycose.

Après avoir fait le diagnostic au moyen du microscope, je me décide à cautériser au galvano-cautère les points de mycose. L'électrode choisi fut une longue pointe de platine, très fine, qui me permettait de l'introduire directement dans chacune des

cryptes de l'amygdale malade et aussi de déraciner les points implantés sur la base de la langue.

D'abord, je fis seulement 3 ou 4 cautérisations à chaque séance, 3 fois par semaine. Et comme la patiente supportait d'autant mieux le traitement, j'augmentai le nombre des cautérisations, jusqu'à 8 et 10 chaque fois.

L'effet obtenu a été très satisfaisant ; les points blancs ne sont plus réapparus.

CONCLUSIONS

Le " mycosis du pharynx " fut étudié pour la première fois, en 1873, par B. Fraenkel, de Berlin. Jusqu'en 1888, les observations sont rares. A ce moment-là, la maladie mieux connue, est observée plus souvent.

Cette affection est caractérisée par l'apparition sur les amydales, la base de la langue et quelquefois sur la paroi postérieure du pharynx, l'épiglotte, etc., de petits points blancs, ayant la forme de champignons, ou de " barbe de capucin " ou de têtes de clou.

En général, ces petits points blancs contiennent différents microorganismes qui sont le leptothrix buccalis, nigrities linguæ, oïdium albicans, bacillus fasciculatus, aspergilles fumigatus, etc. Parfois on ne rencontre rien à l'examem microscopique; seulement des lamelles de nature cornée épidermique.

Ces points blancs mycosiques sont très adhérents, s'enlèvent difficilement avec la pince et récidivent parfois en vingt-quatre heures.

Les symptômes subjetctifs sont inconstants; lorsqu'ils existent, ils se manifestent par une sen-

sation de picotements, de chatouillement, de gêne, quelquefois de douleur à la déglutition.

L'étiologie est très obscure.

On rencontre cette affection de préférence chez les gens débilités, ayant déjà eu des inflammations de la gorge et le plus souvent chez la femme, de 15 à 30 ans.

Le diagnostic est facile. Sa chronicité et sa bénignité la différencieront des autres affections de la gorge.

Le pronostic est bénin.

Ce traitement consiste dans l'arrachement des points mycosiques, suivi de l'ignipuncture ; et simultanément des gargarismes chauds à la résorcine.

BIBLIOGRAPHIE

BROWN-KELLY (A.) : Glascow Medical Journal, 1896.

CAPART : Revue de Laryng. Rhin. et Oto, p. 502.

CRESWELL-BABER : British Medical Journal, 22 août 1887, p. 88.

COLIN (Albert) : Thèse de la mycose leptothrixique pharyngée, J. Steinhell, 1893.

FREDERICK-KNIGHT ; Revue de Laryng., 1892, p. 676.

HIGGUET (de Bruxelles) : Revue de Laryng., 1892, p. 415.

GAREL : Annales de Laryng., Rhin. et Oto., 1893, p. 621.

GORIS : Revue de Laryng., etc., N° 10, 1889.

GAUTIER : Journal of Laryng., etc., N° 1, 1889.

HOMER THOMAS : Medical Record N. Y., 6 janvier 1894.

LOBER : Bulletin médical du Nord, 1888, N° VI.

LENNOX BROWN : Traité des maladies du Larynx, p. 244.

LABIT : Revue de Laryng., etc., 1893, p. 168.

MENDES-BONITO : Thèse de Bordeaux, 1887-88.

HAMILTON T. K. : Austral Med. Gaz., 1894, p. 197.

HEMENWAY : Chicago Medical Recorder, Janvier 1892.

HEMENWAY : Revue de Laryng., etc., p. 485.

MOURE (J.) : Congrès d'Oran 1888, séance du 30 mars.

NYKAMP : Annales des maladies de l'oreille, etc., 1888, p. 324.

KRAUS (Eugène) : Bulletin médical, mars 1893.

RAUGÉ : Annales de Laryng., Rhin. et Oto., 1893.

RUAULT : Annales de Laryng. (mycose amygdalienne), 1893.

ROYET : Echo médical de Lyon, 15 août 1896.

SOKOLOWSKI : Journal of Laryng., février 1892.

VANDERPOOL : New-York Med. Journ., 9 février 1889.

WEBSTER : Journal of Laryng., etc., février 1892.

JOURNAL OF LARYNG., etc., N° 2, 1887, p. 61.

FORESTIER (H.) Archives de Laryng., etc., 1896, p. 770.

JOURNAL OF LARYNG., N° 4., 1888.

JOURNAL OF LARYNG., N° 5., 1888.

ARCHIVES DE LARYNGOLOGIE, 1896, p. 451, (A. Colin).

888,

893.

o.